

CALWER STR. 28
70173 STUTTGART

FON +49 711 291964
FAX +49 711 2991955

E PRAXIS@DR-MAGNUSSON.DE
WWW.DR-MAGNUSSON.DE

STUTTGART, DEN _____

Überweiser:

e-mail Adresse: _____@_____

Patient: _____ Zahn: _____

Mitgegebene Unterlagen:

Vorgeschichte des Zahnes: _____

Bereits erfolgte Massnahmen Ihrerseits: _____

Nach der Wurzelkanalfüllung soll der Zahn

- nichts bekommen, ich mache die weitere Versorgung zeitnah selbst
- eine definitive Füllung bekommen, bitte gleich mitmachen
- eine gebondete Composite ZE-Aufbaufüllung bekommen, bitte gleich mitmachen
- eine indirekten gegossenen Stiftaufbau bekommen, den mache ich aber selbst
- einen direkten Stiftaufbau mit Glasfaserstift bekommen, bitte gleich mitmachen

Mit freundlichem Gruß

(Unterschrift Überweiser)